

Pentru protecția pacienților și personalului în perioada pandemiei COVID-19, Clinica Gynera a implementat măsuri suplimentare de precauție legate de transmiterea noului virus.

Vă rugăm să răspundeți cu sinceritate la întrebările de mai jos și să confirmați înțelegerea și respectarea recomandărilor. Acestea ne vor ajuta să luăm măsurile adecvate pentru reducerea riscurilor și protejarea siguranței dumneavoastră, echipei și celorlalți pacienți.

<b>Nume și prenume:</b> Data nașterii:	<b>Date de contact</b> (telefon / email):		
	Da	Nu	Obs.
<b>Ați fost bolnav în ultimele două săptămâni?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Aveți febră (peste 37,5°C)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Tușiți în prezent?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Aveți dureri în gât?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>V-ați pierdut simțul mirosului sau al gustului?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Ați fost în contact cu cineva care are oricare dintre aceste simptome?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Ați călătorit într-o zonă cu risc ridicat pentru Covid-19, la nivel național sau internațional?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Lucrați într-un spital, centru de îngrijiri sau un centru de sănătate?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Ați fost în contact cu cineva care are Covid-19?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Ați fost diagnosticat cu Covid-19?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Locuiți cu cineva care a fost diagnosticat cu infecție cu Covid-19 sau are simptome de Covid-19 (febră, tuse, pierdere de miros)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Dacă ați fost Covid-19 pozitiv și v-ați vindecat, aveți certificat medical care atestă vindecarea?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Aveți o afecțiune medicală severă precum diabet, boală respiratorie, boală renală cronică etc.?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Chestionar conform recomandărilor ANT/ESHRE 2020

Cunoscând prevederile Art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, declar pe propria răspundere că toate informațiile furnizate prin completarea prezentului chestionar sunt complete, corecte și valabile la momentul semnării acestuia.

Voi contacta clinica prin telefon sau email, în cazul în care voi avea simptome sau contact direct cu o persoană confirmată Covid-19 și nu voi veni direct în clinică în aceste condiții.

Confirm că voi respecta măsurile de protecție recomandate (distanțarea de alte persoane, purtarea măștii și celelalte recomandări pe care le voi primi de la personalul clinicii, inclusiv măsura autoizolării / izolării, dacă o va considera necesară).

La momentul completării prezentului chestionar nu mă aflu sub incidența niciunei măsuri restrictive impuse de autoritățile naționale pe teritoriul român și / sau al altor state precum: restricții de tip carantină, autoizolare, părăsirea domiciliului / statului.

**Data și semnătura:**

Responsabil evaluare:

Toate informațiile furnizate au caracter confidențial și vor fi utilizate doar în legătură cu riscul epidemic menționat.